

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Paramedische zorg, oefentherapie
Zaaknummer : ANO07.081
Zittingsdatum : 4 april 2007

Zaak: ANO07.081, paramedische zorg, oefentherapie.

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11 Zvw, 2.6 Bzv, bijlage 1)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D, tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 11 juli 2006 inzake het niet vergoeden van de kosten van oefentherapie ten laste van de zorgverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 11 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten van voortgezette behandelingen oefentherapie niet worden vergoed. Eerder, namelijk op 12 mei 2006, had de zorgverzekeraar verzoeker al medegedeeld dat ten laste van de aanvullende verzekering veertien behandelingen oefentherapie voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 25 november 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de noodzakelijke behandelingen oefentherapie ten laste van de zorgverzekering te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 16 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 29 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 31 januari 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 15 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 2 mei 2007 in persoon gehoord.
- 3.11. Bij brief van 3 mei 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 8 mei 2007 meegedeeld dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn eerder uitgebrachte advies te herzien.
4. Het standpunt van verzoekster
 - 4.1. Verzoeker is een 80-jarige man die kampt met (cox)arthrose beiderzijds en cystes, alsmede een discopathie. Hij ondervindt veel pijnklachten en komt in aanmerking voor een heupprothese, maar wil dat zo lang mogelijk uitstellen. De behandeling bestaat uit lumbaaltractie, massage en oefentherapie en dient ter beperking van functien en mobiliteitsverlies. Verzoeker stelt dat hij in 1998 gehandicapt is geraakt en sindsdien wordt behandeld. Er is zijns inziens sprake van een chronische aandoening.
 - 4.2. De kosten van de behandelingen zijn door de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar steeds vergoed. Het is daarom voor verzoeker onbegrijpelijk waarom thans wordt gesteld dat het hier geen chronische aandoening betreft. Het lag op de weg van de zorgverzekeraar, respectievelijk diens medisch adviseur te onderbouwen welke afwijkingen er nu bestaan ten opzichte van de voorgaande jaren.
 - 4.3. Voor zover de zorgverzekeraar, respectievelijk diens medisch adviseur zich heeft gebaseerd op nieuwe, afwijkende verzekeringsvoorwaarden, is sprake van een ondeugdelijke constatering. Het schade-evenement dateert uit 1998 en het recht op vergoeding moet dan ook worden beoordeeld aan de hand van de toen geldende polisvoorwaarden, die wel in vergoeding van onderhavige kosten voorzagen. Waarom deze voorwaarden niet (meer) van toepassing zouden zijn, is door de zorgverzekeraar niet gemotiveerd.
 - 4.4. Verzoeker concludeert dat hij recht heeft op vergoeding van de behandelingen oefentherapie ten laste van de zorgverzekering en maakt tevens aanspraak op de wettelijke rente over de te late betalingen van de hem toekomende vergoedingen.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
 - 5.1 De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de oorspronkelijke publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren waaraan verzoeker deelnam met ingang

van 1 januari 2006 is beëindigd. Vanaf genoemde datum is sprake van een verzekering die moet voldoen aan het bepaalde in de Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten. In artikel 22.2 van deze zorgverzekering is opgenomen dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder een vergoeding wordt verleend voor de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste negen behandelingen. De lijst van aandoeningen is limitatief en dwingend van aard. In de situatie van verzoeker gaat het om de indicaties (cox)arthrose en discopathie. Deze aandoeningen zijn niet vermeld in bijlage 1 en de aangevraagde behandelingen komen daarom niet ten laste van de zorgverzekering. Op basis van de aanvullende verzekering bestaat aanspraak op tweemaal veertien behandelingen.

5.2 Volgens de zorgverzekeraar is de stelling van verzoeker, als zouden de verzekeringsvoorwaarden uit 1998 (nog) van toepassing zijn, niet juist.

5.3 Ten aanzien van de gevorderde wettelijke rente merkt de zorgverzekeraar op dat van verzoeker een declaratie voor veertien behandelingen is ontvangen. De betreffende kosten zijn reeds vergoed ten laste van de aanvullende verzekering, zodat iedere grondslag voor deze claim ontbreekt.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

7.2. Het betreft hier een mixpolis, waarbij ten aanzien van de paramedische zorg in artikel 12 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekering een restitutiekarakter heeft. Vergoeding voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder staat vermeld in artikel 22.2 van de zorgverzekering. Voor zover in dit verband van belang is daarin opgenomen:

*“Omschrijving: vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefen-therapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste negen behandelingen. (...) Bijzonderheden:
1. bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook (verwijzing naar website); (...)”*

- 7.3. De zorgverzekering is, volgens artikel 1 onder 62, een tussen de zorgverzekraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet bepaalde niet te boven gaan.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om paramedische zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.6 van het Bzv. In lid 2 van dit artikel wordt verwezen naar bijlage 1, bevattende een lijst van aandoeningen.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vervolgens vast dat blijkens de aanvraag van 26 april 2006 in de situatie van verzoeker twee indicaties aan de orde zijn. In de eerste plaats gaat het daarbij om (cox)arthrose. Voor deze aandoening geldt dat hij niet voorkomt in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, waarnaar artikel 22.2 van de zorgverzekering verwijst. Voorts is bij de aanvraag als indicatie discopathie genoemd. Het betreft hier een verzamelnaam voor aandoeningen van de tussenwervelschijf. In het geval van verzoeker wordt daarbij melding gemaakt van een degeneratieve afwijking van de rug. Volgens de vaste jurisprudentie van de commissie dient – in het kader van de beoordeling – de aanvraag als leidend te worden beschouwd. Uit deze aanvraag blijkt niet van een (andere) aandoening die voorkomt op eerder genoemde bijlage.
- 7.7. Door verzoeker is betoogd dat de zorgverzekeraar dient aan te geven waarom de huidige situatie afwijkt van die in voorgaande jaren. De commissie merkt hierover op dat het stelsel van ziektekostenverzekeringen met ingang van 1 januari 2006 ingrijpend is veranderd. Teneinde invulling te geven aan de vanaf die datum bestaande verzekeringsplicht, heeft verzoeker een zorgverzekering gesloten bij de zorgverzekeraar. Nu de aanvraag dateert van 26 april 2006, en deze kennelijk betrekking heeft op het tijdvak van 3 mei tot en met 3 november 2006, is duidelijk dat deze enkel kan worden beoordeeld aan de hand van de vigerende verzekeringsvoorwaarden, dat wil zeggen de voorwaarden van de zorgverzekering. Immers, naast de huidige zorgverzekering en de aanvullende verzekering is geen sprake van een andere verzekering tegen ziektekosten bij de zorgverzekeraar, waarvoor door verzoeker ook premie wordt betaald.

Aan de stelling van verzoeker dat de beoordeling zou moeten geschieden aan de hand van de ten tijde van het schade-evenement in 1998 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, komt de commissie reeds om deze reden niet meer toe.

De commissie voegt hier volledigheidshalve nog aan toe dat het karakter van de verzekering tegen ziektekosten is dat deze dekking biedt voor medische kosten, gemaakt tijdens de verzekerde periode. Het schade-evenement ligt derhalve niet in het verleden, maar doet zich voor op het moment dat de paramedische zorg wordt genomen. Voor de huidige zorgverzekering is dit uitgangspunt vastgelegd in artikel 2.4 van de zorgverzekering; voor verzoekers vorige verzekering tegen ziektekosten zal dit niet anders zijn geweest.

7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2007,

Voorzitter